

University of Rhode Island DigitalCommons@URI

Senior Honors Projects

Honors Program at the University of Rhode Island

2007

L'Avenir de la Pharmacie: Une Comparaison des Modèles Français et Américain

Amber Castle

University of Rhode Island

Follow this and additional works at: <http://digitalcommons.uri.edu/srhonorsprog>

 Part of the [Pharmacy and Pharmaceutical Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Castle, Amber, "L'Avenir de la Pharmacie: Une Comparaison des Modèles Français et Américain" (2007). *Senior Honors Projects*. Paper 56.

<http://digitalcommons.uri.edu/srhonorsprog/56><http://digitalcommons.uri.edu/srhonorsprog/56>

This Article is brought to you for free and open access by the Honors Program at the University of Rhode Island at DigitalCommons@URI. It has been accepted for inclusion in Senior Honors Projects by an authorized administrator of DigitalCommons@URI. For more information, please contact digitalcommons@etal.uri.edu.

L'Avenir de la Pharmacie: Une Comparaison des Modèles Français et Américain

Amber Castle, Pharm. D. Candidate

Faculty Sponsor: Professor Alain-Philippe Durand, Modern and Classical Languages

Mai 2007

« The counting and pouring now often alleged to be the pharmacist's chief occupation will in time be done by technicians and eventually by automation. The pharmacist of tomorrow will function by reason of what he knows, increasing the efficiency and safety of drug therapy and working as a specialist in his own right. »

—Linwood F. Tice, D.Sc., Dean, Philadelphia College of Pharmacy and Science (1966)

Table des Matières

Introduction.....	3
Histoire & Formation.....	6
La disparition des rôles traditionnels.....	12
Un meilleur système de soins.....	17
Les pharmaciens cliniques.....	24
La valeur des pharmaciens.....	30
Conclusion.....	35
Glossaire.....	39

Deleted: 5

Introduction

La profession de la pharmacie a réalisé qu'elle ne peut pas continuer à exister comme elle est aujourd'hui. Elle ne peut pas être à la fois profession commerciale et profession de santé. La société n'acceptera plus de dépenser autant d'argent pour une profession qui se contente de déplacer les pilules d'une boîte à l'autre. Il faut redéfinir la profession de l'orientation vers les produits à une orientation vers les patients; sa vraie demeure reste dans sa connaissance et pas dans son stock. Néanmoins, même si la profession est consciente de cette vérité depuis plus de quarante ans, elle n'a pas encore réussi à changer. Donc, est-ce qu'il est même possible de changer? Si oui, peut-elle changer suffisamment vite?

Notre époque vit de grands bouleversements en ce qui concerne la profession pharmaceutique. Au cours des trente dernières années, nous avons vu la naissance de la pharmacie clinique, principalement en Amérique du Nord. L'American College of Clinical Pharmacy (ACCP) définit la pharmacie clinique comme la science et la pratique d'un usage rationnel des médicaments. En pratique, la pharmacie clinique est la délivrance des services intellectuels dans la place des produits. Ce changement a déjà été accepté et intégré dans le système d'éducation aux États-Unis, et un peu en France, bien que, selon l'European Society of Clinical Pharmacy (ESCP), la pharmacie clinique est « still relatively unknown in Europe.» Finalement aux États-Unis, on peut voir la pharmacie clinique à des niveaux variés dans la plupart des hôpitaux. On peut également constater le début des nouvelles tâches des pharmaciens, comme le pharmacien clinicien dont le seul rôle est de donner des conseils et de discuter des médicaments avec les patients. Dans le futur, on attend l'introduction des services

pharmaceutiques comme les analyses génétiques. De plus, la réglementation a changé, et tous les ans les pharmaciens sont autorisés à faire de plus en plus de choses : par exemple, en Californie, les pharmaciens peuvent maintenant prescrire quelques médicaments.

Mais malgré tous ces changements, la grande majorité des pharmaciens continue à pratiquer la pharmacie comme avant. Dans les officines américaines, beaucoup de pharmaciens ne font que vendre les médicaments. Le volume des ordonnances est devenu tellement grand qu'ils n'ont pas le temps de discuter de leur traitement avec les patients. Les grandes surfaces et les chaînes continuent à remplacer les pharmaciens par la technologie et les préparateurs/préparatrices.¹ En France, un pharmacien peut désormais être propriétaire de plusieurs officines.² Il y a déjà des pharmacies dans les supermarchés. Y aura-t-il des chaînes de pharmacies à l'avenir? Cela est certainement possible, surtout avec le taux de remboursement qui diminue tous les ans, ce qui force les pharmacies à faire un volume d'ordonnances tellement important qu'elles n'ont pas assez de temps et donc perdent leurs autres fonctions. Il y a un précédent à ce phénomène: l'Amérique.³

Dans cette thèse, j'effectuerai à ces questions en établissant une comparaison de la profession pharmaceutique en France et aux États-Unis. La France a le meilleur système de santé au monde.⁴ Bien que les indicateurs de santé ne soient pas aussi bons aux États-Unis, ils

¹ Knapp KK. Pharmacy manpower: implications for pharmaceutical care and healthcare reform. *Am J Hosp Pharm* 1994;51:1212-20.

² Loi du 2 août 2005.

³ Schommer JC, Pedersen CA, Gaither CA, Doucette WR, Kreling DH, Mott DA. Pharmacists' desired and actual times in work activities: Evidence of gaps from the 2004 national pharmacist workforce study. *J Am Pharm Assoc* 2006;46:340-347.

⁴ World Health Organization. The world health report 2000 – health systems: improving performance. Geneva, Switzerland 2000. En ligne: www.who.int/whr [Accès 13 avril 2007]

continuent d'être à la pointe du progrès professionnel et ils ont établi des précédents importants depuis longtemps. Souvent les changements observés dans un pays sont répétés dans l'autre. Il est temps pour la profession de s'auto critiquer et de trouver une nouvelle raison d'être. Est-il possible de transformer les pharmaciens en vrais professionnels de santé? L'avenir reste incertain.

Histoire & Formation

La première école de pharmacie a été établie aux Etats-Unis en 1821. Avant le vingtième siècle, la manufacture des médicaments était plus ou moins la seule fonction des pharmaciens. Aux États-Unis au début, l'école de pharmacie consistait en deux ans d'étude. Peu de temps après la fabrication des médicaments est devenue presque exclusivement industrialisée; les pharmaciens ont donc évolué. Par la suite, la durée a augmenté à quatre ans, pour recevoir un diplôme de Bachelor's of Science, (B.S.)

Les pharmaciens ont progressivement trouvé de nouvelles fonctions, et même à faire partie de la communauté de la littérature scientifique. Pendant les années soixante, on a vu la naissance de la pharmacie clinique où les paramètres de patient sont utilisés pour individualiser le traitement.⁵ Par exemple, avec la pharmacocinétique (l'étude de la concentration de drogue au cours du temps) il était possible de trouver la posologie idéale pour chaque patient, et donc d'optimiser l'efficacité des médicaments. En 1980, toutes les écoles de pharmacie ont demandé cinq ans pour devenir pharmacien. Depuis 2004, le diplôme minimum est le Pharm. D. Aux États-Unis on discute encore la possibilité d'exiger plus de formation pour pratiquer la pharmacie clinique, comme une résidence obligatoire ou une certification nationale.^{6,10}

⁵ Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 1990;47:533-543.

⁶ Encyclopædia Britannica. Pharmacy. Encyclopædia Britannica. 2007 En ligne: <http://www.britannica.com/eb/article-35619> [Accès 10 avril 2007]

Il y a eu un changement dans l'activité des pharmaciens, depuis les fonctions de distribution vers la pharmacie clinique. Les fonctions de distribution regroupent les tâches physiques de gestion d'inventaire, de distribution et de dispensation. La pharmacie clinique regroupe des fonctions plus intellectuelles, comme le conseil aux patients, les réponses aux questions et l'élaboration de recommandations à destination des autres professionnels de santé. Les pharmacies des établissements de santé se situent encore presque toujours au sous-sol, près des locaux de stockage. Depuis l'avènement de la pharmacie clinique dans les années 70, les pharmaciens ont quitté le sous-sol, et peuvent maintenant être vus en train de travailler avec les patients.⁵ Jusqu'en 1969 l'American Pharmaceutical Association (APHA) code of ethics a explicitement interdit la discussion des effets ou des propriétés des médicaments avec un patient. Aujourd'hui, pour les pharmaciens d'officine, le conseil aux patients est devenu leur activité la plus importante et l'APHA souhaite que les pharmaciens d'officine s'y consacrent.⁶

Comparé à 1980, aujourd'hui les pharmaciens hospitaliers sont plus actifs dans la formulation de la politique de santé publique et ils sont installés dans les postes gouvernementaux plus importants.⁷ Une enquête de 2006 aux Etats-Unis a montré qu'aujourd'hui dans 93,4% des hôpitaux les pharmaciens participent en quelque capacité dans le suivi des traitements. Plus de pharmaciens hospitaliers sont autorisés à commander des mesures de concentration médicamenteuse et à régler les dosages.⁸

Le concept de la pharmacie clinique est de centrer la pharmacie sur le patient et sur

⁷ Thompson C. Group identifies role of pharmacists in public health. Am J Health-Syst Pharm. 2007;64:456.

⁸ Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital setting: Monitoring and patient education--2006. 2007;64:507-520.

l'application pratique de ses connaissances pharmaceutiques. Les écoles de pharmacie espèrent continuer à adapter leurs cours à la pharmacie clinique. Pour la plupart aux États-Unis il n'est plus important de savoir comment être le gérant d'une pharmacie. Les cours de comptoir et de gestion ont disparu. Ils ont été remplacés par des cours cliniques et thérapeutiques. Aujourd'hui les cours se concentrent sur les guides d'utilisations, les buts thérapeutiques, les soins préventifs. De plus en plus, on s'appelle « docteur », on s'habille de façon professionnelle, on sort du sous-sol, tout cela pour être reconnu comme un clinicien par le public et nos confrères médicaux. Malgré cela, la grande majorité des pharmaciens accomplissent encore presque uniquement des fonctions de distribution.

Il reste beaucoup de pharmaciens en activité qui ont été éduqués dans l'ancien système. Pour certains, l'expérience a réussi à maintenir un très haut niveau d'expertise pharmaceutique. Cependant, d'autres ne sont pas préparés/formés pour pratiquer la pharmacie clinique. Parmi eux, il existe des pharmaciens qui sont même contre l'idée d'étendre les fonctions des pharmaciens au-delà de la distribution des médicaments. La mise en place du Doctorat de Pharmacie comme diplôme minimum pour les pharmaciens a été accueillie avec beaucoup de résistance. La pharmacie clinique est nouvelle, et comme tout ce qui est neuf, il faut du temps pour s'y habituer. Même les pharmaciens qui soutiennent le mouvement vers les services cliniques font face à des obstacles à cause d'un manque de préparation formelle.

Il existe peu de programmes après l'université qui peuvent préparer les pharmaciens et leur donner la confiance nécessaire pour donner des conseils individualisés, complets, et de qualité. Aucun système national n'organise des unités de valeur « continuing education » (CEs), il y a donc une grande hétérogénéité entre les cours. Il faut établir une formation continue qui

peut efficacement préparer les pharmaciens au Medication Therapy Management (MTM). Il faut que cette formation soit exigeante et demande aux pharmaciens de démontrer leur compétence professionnelle à offrir des services cliniques.⁹

L'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) propose qu'éventuellement il y aura une distinction entre les pharmaciens qui travaillent à l'hôpital et ceux qui travaillent ailleurs. A terme, après avoir reçu leur diplôme, des années d'internat et des certifications seront obligatoires pour les pharmaciens hospitaliers.¹⁰

La pharmacie a changé beaucoup en France aussi. Un pharmacien hospitalier français a fait ce commentaire:

«Lorsque j'ai été nommé, il y a 20 ans, à la tête de la pharmacie du Centre Hospitalier de Gonesse, hôpital de 1000 lits du nord de Paris, je n'y ai trouvé comme appareillage qu'une balance Roberval et, comme documentation, qu'un dictionnaire VIDAL ; la fonction qui m'était dévolue était alors pratiquement, celle de la gestion d'un magasin ».

« Depuis, les activités du Pharmacien hospitalier n'ont cessé de se développer dans tous les domaines ; de « chef magasinier », le Pharmacien est devenu le responsable d'une unité hospitalière à part entière par laquelle transitent, peu ou prou, toutes les activités de l'hôpital ». ¹¹

En France, il y a une distinction entre pharmacien et pharmacien hospitalier (PH). Il faut réussir un concours, quatre ans de stage, une thèse, et un examen après avoir reçu son diplôme pour devenir PH. Le décret du 10 avril 1972 définit la responsabilité principale des pharmaciens

⁹ American College of Clinical Pharmacy. ACCP White Paper: A vision of pharmacy's future roles, responsibilities, and manpower needs in the United States. *Pharmacotherapy*. 2000;20(8):991-1022.

¹⁰ American Society of Health-System Pharmacists. ASHP long-range vision for the pharmacy workforce in hospitals and health systems. *Am J Health-Syst Pharm*. 2007; 64: [in press].

hospitaliers comme la gestion de la pharmacie et de son personnel. Depuis 20 ans, un grand nombre de tâches supplémentaires ont été confiées aux pharmaciens hospitaliers: les préparations radiopharmaceutiques par la directive européenne du 13 mai 1989, les dispositifs médicaux stériles par la loi du 8 décembre 1992, et les produits dérivés du sang en 1995. La plupart de ces tâches sont des fonctions techniques ou logistiques, ayant peu de rapport avec les soins ou les patients.¹¹

L'European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) est unanime sur le fait qu'aucun pays européen n'offre un cursus pharmaceutique suffisant pour préparer les pharmaciens à accomplir des actes de pharmacie clinique de qualité.¹² Bien que des cours cliniques aient été introduits dans la formation, le cursus français est encore largement basé sur les propriétés chimiques des médicaments plutôt que sur leur utilisation clinique. L'ensemble des enseignants a exprimé le souhait de suivre le modèle nord-américain de pharmacie clinique, bien que peu d'éléments soient en place pour faciliter cette évolution.

Récemment, la France a réalisé un effort pour tenter d'introduire le pharmacien auprès du patient : le décret du 12 septembre 1985 a créé la cinquième année hospitalo-universitaire. L'addition de cette année a augmenté les études pharmaceutiques de cinq ans à six. Pendant cette année les étudiants passent leurs matins à un hôpital ou clinique et leurs après-midis aux cours. Cependant, les services d'accueil n'étaient pas préparés à cet afflux soudain d'étudiants en pharmacie qui submergeait les services de soins. Fréquemment, ces stages ne sont pas structurés,

¹¹ Puisieux, Francis. Activités et responsabilités du pharmacien dans ses secteurs professionnels habituels (évolution, situation actuelle, raisons à la base de cette situation, propositions). 2000.

¹² European Society of Clinical Pharmacy. How to pursue a profession in clinical pharmacy. <http://www.escpweb.org/site/cms/contentViewArticle.asp?article=1712> [Accès 2007 4 avril]

et l'étudiant a acquis peu ou pas de connaissances au cours de l'année. Même si les étudiants se voient confier des tâches spécifiques durant cette période, il s'agit rarement de compétences qu'ils pourront appliquer plus tard à leur exercice pharmaceutique.

La disparition des rôles traditionnels

Dans les années 70, l'officine typique aux États-Unis était une pharmacie indépendante. Aujourd'hui elles ont presque complètement disparu. Vers 1900 le grand-père de M. Kuehl était propriétaire de la première pharmacie à Hamden, CT. Au début il était très profitable d'avoir une officine. On était remboursé un pourcentage pour chaque ordonnance. Au cours de soixante-dix ans, la pharmacie était gérée par son père, et finalement par M. Kuehl soi-même. Puis les remboursements ont diminué. Pour maintenir le même profit il faudrait faire plus d'ordonnances. Les assurances ont commencé à rembourser un amont fixé par ordonnance. Encore il faudrait augmenter le numéro d'ordonnances par jour. En faisant tant d'ordonnances, le pharmacien avait de moins en moins de temps à passer à discuter avec les patients. C'était de plus en plus difficile pour les petites pharmacies de rester compétitifs. Cette somme fixée réduisait. Après presque un siècle des affaires, M. Kuehl était obligé vendre sa pharmacie à un supermarché.¹³

Aujourd'hui moins de 20% du temps du pharmacien est passé en consultation avec le patient.³ Ce n'est pas en petite partie le résultat d'un volume qui continue d'augmenter tous les ans : entre 2000 et 2004 le numéro d'ordonnance par jour par pharmacien a augmenté plus de 20%.¹⁴ Il y a quelques mois Wal-Mart et puis Target ont déclaré qu'ils peuvent remplir certaines des ordonnances pour seulement \$4 par ordonnance. Le moyen coût pour remplir une

¹³ B Kuehl, R.Ph. Communication orale. Août 2003.

¹⁴ Kreling DH, Doucette WR, Mott DA, Gaither CA, Pedersen CA, Schommer JC. Community pharmacists' work environments: evidence from the 2004 national pharmacist workforce study. J Am Pharm Assoc. 2006;46:331-

ordonnance est environ \$11. Il n'est pas possible pour une pharmacie indépendante d'exister si elle n'est remboursée que quatre dollars par ordonnance.¹⁵

La pharmacie de vente par courrier (VPC) est de plus en plus présente aux Etats-Unis. La VPC permet à une pharmacie de traiter le maximum de prescriptions avec le minimum de personnel. Souvent, une pharmacie de VPC approvisionne plusieurs états. En choisissant comme base un état où il n'y a pas de loi concernant le nombre de techniciens qu'un pharmacien peut encadrer, ces pharmacies peuvent employer le minimum de pharmaciens. De nombreux pharmaciens traditionnels ne peuvent pas lutter contre ce nouveau type de pharmacies industrielles. Au cours des dix dernières années, on a observé une tendance des compagnies d'assurance à envoyer leurs patients vers ce type de pharmacies. Si la pharmacie de VPC devient le type dominant, la demande en pharmaciens risque de diminuer.

Jusque récemment, les citoyens français ne payaient presque aucune partie sur les médicaments remboursés. Pour la première fois depuis des dizaines d'années, on demande aux gens de payer une partie. Plusieurs séries de déremboursements sont prévues, qui s'ajouteront au nouveau modèle de tiers-payant. Depuis deux ans est apparue une nouvelle classe de remboursement des médicaments, remboursés seulement à 15%. Initialement prévue pour les veinotoniques, cette classe accueille de plus en plus de médicaments dont l'efficacité thérapeutique n'a pas été démontrée, ou bien des médicaments pour des maladies courtes (collyres antibiotiques, gouttes auriculaires, collutoires).¹⁶ Cela a un impact sur les ressources

339.

¹⁵ Grant Thornton LLP. National Cost of Dispensing (COD) Study: Final Report [Executive Summary]. 26 Janvier 2007.

¹⁶ Allaire A. Les médicaments remboursés à 15 % : Annoncée le 5 octobre, voici la liste des médicaments dont la prise en charge par l'Assurance maladie passera de 35 % à 15 % le 1er mars 2006. Notre Temps Octobre 2005. En ligne : <http://www.notretemps.com/article/index.jsp?docId=2245602&rubId=18308> [Accès 7 avril 2007]

des pharmaciens, car comme les patients sont moins remboursés par la Sécurité Sociale, ils refusent souvent de prendre le médicament, car ils doivent payer la partie qui n'est pas remboursée. Ils préfèrent rester malades plutôt que payer quelques euros pour un médicament mineur. C'est un manque à gagner pour le pharmacien. Pour certains produits (matériel pour diabétiques) le pharmacien perd même de l'argent : le prix de vente est inférieur au prix d'achat. Il ne serait pas surprenant si bientôt, comme en Amérique, les taux de remboursements aux pharmacies diminuent aussi.

Pour le moment il n'y a pas de certification obligatoire pour les techniciens pharmaceutique aux États-Unis.¹⁷ Souvent il suffit d'enregistrer un nom et une adresse avec l'état. Sans avoir reçu aucune formation formelle, au courant un technicien faisait tout avec les ordonnances, du commencement à la fin, avec seulement une simple vérification par un pharmacien lors de la dernière étape. Essentiellement, en pratique, il est pharmacien. Toutes ses actions sont sous la licence d'un pharmacien, et l'espoir est que le pharmacien va inspecter en profondeur toutes les choses qu'il faisait pour protéger sa licence. Malheureusement, quelquefois le pharmacien est trop occupé pour le faire.

Selon l'état, un seul pharmacien a le droit de superviser trois (ou plus) des préparateurs/préparatrices donc il est responsable du travail de quatre personnes à la fois. Une enquête en 2004 a révélé qu'environ 20% des pharmaciens travaillent avec trois ou plus des techniciens.¹⁴ Les erreurs importantes sont inévitables avec un tel système. Récemment, un examen de certification nationale a été instauré. Les employeurs n'ont pas encore pour habitude

¹⁷ American Pharmaceutical Association. Sesquicentennial stepping stone summits: Summit two, pharmacy technicians [presentation]. Technology, pharmacy technicians, and the new role of the pharmacist. Baltimore, Maryland May 9-10 2002.

de rembourser et/ou d'augmenter les salaires des techniciens qui réussissent à l'examen. Il est certain que la formation formelle et la certification nationale sont essentielles pour protéger le grand public. Dès que la réglementation nécessaire sera mise en place, il est possible que les pharmaciens pourront alors superviser un plus grand nombre de techniciens qui seront capables d'accomplir des tâches plus compliquées. Le besoin des pharmaciens peut diminuer si les préparateurs/préparatrices peuvent remplir leurs rôles plus basiques.^{10,17}

Aux Etats-Unis, la National Association of Chain Drug Stores (NACDS) combat pour une autre certification des techniciens supérieurs qui seraient capable de superviser d'autres techniciens et qui pourraient remplir quelques-uns des taches réservées en ce moment aux pharmaciens. Le NACDS compte proposer la législation nécessaire pour établir très prochainement une désignation « supertech ». Le but est de n'avoir qu'un seul pharmacien dans la pharmacie et de faire autant que possible avec les techniciens qui sont mal payés et qui ont peu d'éducation. L'ASHP a même admis qu'éventuellement il est possible que les préparateurs/préparatrices puissent être supervisés par un pharmacien qui n'est pas sur place avec la « télépharmacie ».¹⁰

En France il faut au moins deux ans d'étude au niveau universitaire pour devenir préparateur/préparatrice.¹⁸ Bien que les techniciens français aient beaucoup plus de formation, ils n'ont pas le droit de faire autant que les techniciens américains. Parce que chaque pharmacie est sous la direction d'un pharmacien, le ratio de pharmacien: technicien reste haut. En moyen, le volume d'ordonnance reste bas. Donc il ne semble pas que les « supertechs » ou la

18 Onisep. Préparateur(trice) en pharmacie. En ligne: http://www.onisep.fr/onisep-portail/portal/media-type/html/group/gp/page/interieur.espace.guide.metiers.detail/js_peid/InitGuideResultatDetail/js_peid/GuideResultatMetiersDetail [Accès 23 avril 2007]

« télépharmacie » sont dans leur futur.

Par contre, il n'est pas hors la possibilité que la France aille voir l'introduction de la vente par correspondance. Aux Etats-Unis la VPC est un phénomène qui fait élève au processus de délivrance de prescription les derniers vestiges du contact humain. De plus en plus, les assurances maladies le rendent obligatoire. La technologie a déjà remplacé plusieurs des parties les plus compliqués et scientifiques du travail. La technologie cherche des interactions médicamenteuses, compter les pilules et donner des informations aux patients. Qui reste-t-il?

Un mieux système de soins

Au début, les médicaments étaient gérés selon le système de la dotation globale. Un service de soins commandait les médicaments nécessaires, et le pharmacien réapprovisionnait l'armoire à pharmacie selon ses besoins. La pharmacie n'avait aucune vue d'ensemble car elle n'avait aucune accès à information concernant l'usage des médicaments par les patients. Peu à peu, les hôpitaux ont adopté le système des chariots. Chaque patient est associé à un tiroir contenant son traitement individuel pour 24 heures. Les erreurs médicales sont réduites, car les pharmaciens peuvent comparer les prescriptions du médecin au contenu réel du tiroir. Avec la liste de tous les traitements d'un patient, les pharmaciens peuvent détecter et prévenir les interactions médicamenteuses dangereuses. Parfois, la présence d'autres données comme le poids ou l'âge du patient permettent aux pharmaciens de s'assurer que les doses et les posologies sont adaptées. Malheureusement, ce système a aussi plusieurs défauts. Un des plus gros problèmes est l'accès aux informations nécessaires, qui dépend des hôpitaux. Fréquemment les pharmaciens peuvent avoir seulement un accès limité aux données du patient, ce qui peut empêcher l'accès à des données importantes, comme de savoir si une patiente est enceinte. La majorité des petits hôpitaux continue d'utiliser le système des chariots, car le coût des armoires sécurisées est prohibitif pour des petits établissements.

Les armoires sécurisées sont le nouveau moyen de distribution répandu aux Etats-Unis. Ce sont des ensembles de tiroirs qui permettent l'accès seulement aux médicaments prescrits à un patient donné, pour une période donnée. Sauf exception, aucun médicament ne peut être pris dans l'armoire sans que le pharmacien l'ait autorisé électroniquement. Ce système réduit

grandement les erreurs médicamenteuses les plus courantes, en s'assurant que le bon médicament est administré au bon patient au bon moment et à la bonne dose. Ce système nécessite de nombreux pharmaciens pour traiter le grand volume de prescriptions reçues chaque jour. Les armoires sécurisées sont utilisées depuis dix ans dans les grands hôpitaux. L'année dernière, l'hôpital de Yale-New Haven a installé sa centième armoire.

Selon l'Ordre National, l'organisation nationale de la pharmacie en France, les hôpitaux ont les taux les plus élevés (si ce n'est le plus élevé) de lits par pharmacien. Peu de pharmacies sont ouvertes la nuit, et la plupart sont fermées le week-end. Les armoires sécurisées sont inexistantes, la plupart utilisent le système des chariots, et certaines continuent à utiliser le système de dotation globale, qui ne permet aucune vision d'ensemble aux pharmaciens. Les armoires sécurisées sont très chères et demandent une grosse charge de travail ; le système des chariots est moins cher mais demande autant de travail. Actuellement, les hôpitaux français ne disposent pas du personnel nécessaire pour vérifier chaque prescription avant administration donc ils utilisent un mélange des systèmes des chariots et de dotation globale. Le système de dotation globale est le moins cher et aussi celui qui demande le moins de personnel pharmaceutique. Malheureusement, c'est aussi l'option la moins sécurisée.

Malgré son retard dans l'adoption d'un système de dispensation plus sûr, la France prouve qu'il est possible de maintenir une qualité de soins élevée avec un minimum absolu de pharmaciens. La France a des indicateurs de santé bien meilleurs que ceux des Etats-Unis.⁴ Cela semble réfuter l'idée qu'un plus grand nombre de pharmaciens entraîne une meilleure qualité des soins. Si cela est vrai, les hôpitaux américains ne pourraient-ils pas faire mieux sans pharmaciens? Cependant, le système de santé américain pourrait être meilleur que les

statistiques ne le laissent croire. Il faut se rappeler que les Etats-Unis ont de moins bons résultats en partie car l'accès aux soins n'est pas universel. Les gens qui n'ont pas accès aux soins ont des indicateurs de santé très faibles qui ont un impact sur la moyenne nationale.

Dans son rapport "To Err is Human" l'Institut de Médecine estime qu'entre 44.000 et 98.000 Américains meurent tous les ans à cause d'erreurs médicamenteuses évitables. Ces erreurs coûtent \$17-\$29 milliards de dollars par an.¹⁹ Souvent la pharmacie est impliquée directement ou en partie avec les autres départements. Les pharmaciens sont une partie vitale des protections contre les erreurs médicamenteuses parce qu'ils constituent entre l'ordonnance et l'administration une mesure de sécurité importante. Les soins pharmaceutiques sont essentiels également dans la prévention des effets indésirables et dans l'assurance d'une thérapie efficace.

Après la publication de ce rapport, ce n'est pas seulement la pharmacie qui est en train de changer. Dans les hôpitaux américains il y a un mouvement, mené en grande partie par le Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations, JCAHO, pour établir un « team approach ». JCAHO est la plus importante organisation d'accréditation des hôpitaux et autres établissements de santé. Chaque année, elle définit des mesures de qualité qui assurent que les patients reçoivent la meilleure qualité de soins. Ils renforcent l'application de leurs recommandations par des visites surprises annuelles. L'échec à une inspection du JCAHO provoque des amendes élevées et une baisse significative des remboursements par les assurances, qui peuvent mettre à mal la santé financière d'un établissement. Au résultat le JCAHO est un agent important de promotion des pharmaciens comme facteurs d'amélioration de la sécurité du

¹⁹ Institute of Medicine (US). To err is human: building a safer health system. Washington (DC):The Institute;1999.

patient et des soins.²⁰

De par le passé un patient était diagnostiqué, traité, conseillé par les médecins. C'était le médecin qui faisait tout pour les patients et les autres professionnels de santé étaient là seulement pour permettre au médecin de faire son métier. Maintenant il est reconnu que les autres professionnels de santé possèdent des connaissances uniques et importantes et qu'ils sont une partie intégrale dans le soin de chaque patient. Finalement on s'est rendu compte qu'il est essentiel de mieux les intégrer plus dans les décisions médicales pour obtenir des résultats optimaux. Le JCAHO demande que chaque service de réanimation ait des visites médicales interdisciplinaires où toutes les spécialités sont représentées. Ce ne sont plus seulement les médecins qui font la visite. Souvent on voit les infirmiers, les nutritionnistes, les travailleurs sociaux, et les pharmaciens qui font partie de l'équipe. Ce mouvement place les pharmaciens dans la position idéale pour montrer leur valeur. Il est beaucoup plus facile de gérer les traitements médicamenteux quand on connaît toutes les informations nécessaires. En plus, les médecins sont beaucoup plus sensibles aux interventions pharmaceutiques quand elles viennent des pharmaciens qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance.

Quand un établissement est remboursé seulement selon ses dépenses avec la tarification à l'activité (T2A ou fee-for-service) ou selon la procédure de prise en charge comme avec les groupes homologues de séjour (GHS ou bundling) et pas la qualité de soins comme avec pay-for-performance, il n'y a pas de mesures incitatives nécessaires pour avoir un bon système de santé. Avec la T2A, on est payé plus si on utilise plus de ressources, même si on n'en a pas besoin. Si une erreur est faite, l'hôpital peut même recevoir plus de ressources, puisqu'il est remboursé pour

²⁰ Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations. 2007 National patient safety goals. 2007. En ligne: <http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/98572685-815E-4AF3-B1C4->

le coût de réparation de l'erreur qu'il a causé. Avec GHS un hôpital est payé une somme fixe selon les conditions, par exemple, il reçoit la même quantité d'argent par crise cardiaque s'il dépense beaucoup ou peu pour traiter le patient. Il y a une incitation à utiliser le moins de ressources possible et donc aussi une incitation à ne pas utiliser les ressources coûteuses même si on en a besoin. Il y a la possibilité de sous-utilisation des services avec le GHS. Donc, l'Institut de Médecine a proposé qu'avant 2009 on commence à rembourser les médecins, au moins en partie, selon leur performance. On est en train de définir les indicateurs de performance dans de nombreuses catégories : par exemple le pourcentage de patients qui a reçu un vaccin, qui a été éduqué sur sa maladie, qui ont atteint des paramètres biologiques qui montrent que leur maladie est bien contrôlée. Les pharmaciens pourraient augmenter le taux de remboursement par aidant les patients à achever leur buts de santé.^{20,21}

Pay-for-performance sera mise en place en 2009 aux Etats-Unis. Les médecins ou les établissements de soins seront remboursés plus si leurs patients atteignent certains paramètres très spécifiques. Par exemple, on est payé plus si les patients avec de l'hypertension maintiennent des chiffres de tension normaux. De même, on est payé plus si les patients diabétiques contrôlent mieux leur concentration sanguine de glucose. Le système d'aujourd'hui encourage un volume élevé mais n'encourage pas un service de bonne qualité. Les patients avec des maladies chroniques (comme l'asthme, l'insuffisance cardiaque, le diabète) même s'ils sont une minorité de la population, utilisent la majeure partie des services et de ressources. Si on peut prévenir les complications coûteuses, surtout les hospitalisations, par un bon contrôle, on peut

[C31B6ED22E8E/0/07_hap_npsgs.pdf](#) [Accès 12 avril 2007]

²¹ Institute of Medicine (US). Rewarding provider performance: aligning incentives in Medicare. Washington (DC): The Institute;2006.

énormément diminuer les dépenses médicales.²¹

Bien que les pharmaciens en France ne soient pas remboursés pour leurs conseils, ils pourraient être dans une meilleure position pour mettre en place ce système. Les pharmaciens français ont cultivé une incroyable relation avec leurs patients, où chaque patient s'attend à recevoir des conseils lorsqu'il va chercher ses médicaments. A cause du faible volume de prescriptions, les pharmaciens ont plus de temps pour discuter des traitements et des pathologies. Comme la France a un système de santé unique, il est plus facile de justifier l'investissement à court terme pour voir le bénéfice à long terme.

Selon l'Ordre National, le rôle du pharmacien d'officine va forcément augmenter non seulement à cause de la reconnaissance de la capacité des pharmaciens d'officines à réduire les coûts médicamenteux mais surtout la mise en place du dossier médical informatisé auquel les pharmaciens auraient accès. Chaque citoyen français a une carte Vitale qui dans quelques années, devrait être reliée à son dossier médical personnel (DMP).²² Dans quelques mois sera également mis en place le dossier pharmaceutique (DP) qui recense tous les médicaments pris par le patient, dans toutes les pharmacies du territoire, pendant les 4 derniers mois. Le pharmacien a ainsi une vision d'ensemble du traitement du patient, et pourra plus facilement détecter les interactions et les redondances de traitement.²³

Finalement il est au moins possible pour le pharmacien d'officine de jouer un plus grand

²²DMP : Ma mémoire santé. En ligne : <http://www.d-m-p.org/> [Accès 24 avril 2007]

²³ Auguste O. Un "dossier pharmaceutique" pour éviter les mélanges de médicaments. Le Figaro. 3 avril 2007. En ligne : http://www.lefigaro.fr/economie/20070403.FIG0000000081_un_dossier_pharmaceutique_pour_eviter_les_melanges_de_medicaments.html [Accès 21 avril 2007]

rôle dans le traitement de ses patients au delà seulement de la distribution des médicaments.

Mais il n'y a pas encore un mécanisme lié au dossier électronique pour payer les pharmaciens à rendre les services cliniques. S'ils ne sont pas remboursés pour ces services qui demandent beaucoup de temps, il ne pourra pas fonctionner au niveau économique.

Les pharmaciens cliniques

La plupart des hôpitaux américains ont des services de pharmacocinétique, bien que leur champ d'action varie d'un établissement à l'autre. L'étude de la concentration d'un médicament en fonction du temps permet d'optimiser l'efficacité et de minimiser la toxicité en fonction des paramètres personnels de chaque patient. Les pharmaciens sont les plus entraînés, et parfois les seuls entraînés, à maîtriser ce sujet. Plus on en sait à propos de la pharmacocinétique, plus cela devient compliqué. Chaque année on définit de nouvelles populations : paraplégiques, amputés, insuffisants rénaux chroniques, enfants, personnes âgées, obèses... Avec la même dose de médicament, chacune de ces populations aura un profil pharmacocinétique différent. Peu à peu, l'idée apparaît qu'on ne peut pas utiliser une règle unique pour les doses et les posologies.

La pharmacocinétique est le moyen les pharmaciens ont utilisé pour sortir du sous-sol dans les années 70.⁵ Hélas, la pharmacocinétique à elle seule ne suffit pas à sauver la pharmacie clinique. Comme ces variations de population restent mal connues, elles sont rarement prises en compte, même quand c'est la pharmacie qui fait les calculs. Généralement en pratique, il s'agit simplement de collecter le poids du patient, sa taille, son âge... et de les utiliser dans les formules appropriées. Les pharmacies pourraient faire plus dans ce domaine, mais ne le font pas. La profession manque de logiciels de pharmacocinétique performants, mais cela semble en voie d'amélioration. Donc il est raisonnable à croire qu'éventuellement la technologie peut remplir cette fonction.

En France, la pharmacocinétique est une activité qui ne fait pas partie du domaine des

pharmacies hospitalières. Elle appartient depuis peu à la biologie, mais peu de biologistes considèrent cette activité comme intéressante. Les services de pharmacocinétique sont soit isolés, soit intégrés aux laboratoires de biologie. Les biologistes sont pour moitié des médecins et pour moitié des pharmaciens. La pharmacocinétique est utilisée surtout par certaines équipes spécialisées, en greffe, en infectiologie ou en réanimation.

La pharmacologie est une discipline transversale, où les pharmaciens peuvent établir un lien entre pharmaciens et médecins grâce à leurs connaissances. Souvent les pharmaciens participent aux réunions de service des médecins pour parler des patients, ou vont dans les services regarder les dossiers médicaux des patients. Ils ont donc un rôle clinique et peuvent réellement aider les médecins à optimiser le traitement des patients. Malgré cela, la discipline reste peu connue, surtout des pharmaciens.²⁴

La pharmacogénétique, qui est l'usage du phénotype du patient pour choisir le médicament et son dosage, est peu utilisée en pratique. Actuellement, elle est presque exclusivement utilisée pour caractériser le métabolisme hépatique. Par exemple, un patient métaboliseur rapide peut nécessiter des doses plus élevées ou des prises plus fréquentes, alors qu'il faudrait peut-être éviter ce médicament chez un métaboliseur lent, pour éviter accumulation et toxicité. Dans le Rhode Island, le test génétique est parfois utilisé au Neurodevelopmental Center du Memorial Hospital de Pawtucket, pour choisir un médicament dans la classe des IRSS (inhibiteurs de recapture sélectifs de la sérotonine).²⁵ A l'échelle nationale, les tests génétiques ont été utilisés dans les traitements à la primaquine, pour détecter une déficience enzymatique

²⁴ V Roebroek, PH. Communication orale. Mars 2007.

²⁵ B Cowles, Pharm. D. Communication orale. Mars 2007.

qui peut amplifier la concentration circulant suffisamment pour mettre en jeu la vie du patient.²⁶

Finalement, en plus de pouvoir déterminer l'expression de différentes enzymes hépatiques, on pourrait être capable de détecter certains gènes prédisposant les patients à réagir à un médicament positivement (effet thérapeutique) ou négativement (toxicité). Par exemple, un examen récent a proposé un screening génétique de routine pour prédire la toxicité associée au traitement par l'agent anticancéreux irinotécan.²⁷

Il semble possible que la pharmacogénétique devienne importante dans le futur quand elle deviendra plus accessible, moins chère, et mieux connue. C'est un outil qui permettra des groupes thérapeutiques vraiment individualisés. À cause de leur formation unique, les pharmaciens peuvent être dans la meilleure position pour interpréter les résultats de ces tests. Si les pharmaciens peuvent prendre la place de référents pour cette nouvelle activité, ils pourraient en profiter.

A l'hôpital de Yale-New Haven qui se trouve à New Haven, CT, comme dans de nombreux autres hôpitaux du pays, il y a chaque année de plus en plus de « collaborative practice agreements ». Ces accords entre médecins et pharmaciens permettent aux pharmaciens de changer les traitements sans contacter le médecin, selon un protocole précis, par exemple des changements dans une classe de médicaments avec des effets et une efficacité similaires. Dans d'autres états comme le Nouveau-Mexique ou la Californie, les pharmaciens ont encore plus de liberté. Ils ont la possibilité de changer la dose, la posologie, la voie d'administration, et peuvent

²⁶ UIC College of Pharmacy, Drug information center. What is G6PD deficiency? En ligne: <http://www.uic.edu/pharmacy/services/di/G6PD.htm> [Accès 25 avril 2007]

²⁷ Hahn KK, Wolff JJ, Kolesar JM. Pharmacogenetics and irinotecan therapy. *AJHP* 2006;63:2211-2218.

même débiter ou arrêter certains traitements.^{28,29}

Dans les hôpitaux de Veteran's Affairs (le système fédéral des hôpitaux gouvernementaux au service des anciens combattants), il existe un système pour certifier les pharmaciens qui prescrivent certains types de médicaments selon l'indication. Par exemple, les pharmaciens dans les cliniques psychiatriques peuvent prescrire seulement pour les maladies psychiatriques, alors que les pharmaciens dans les cliniques diabétiques peuvent prescrire seulement des médicaments pour le diabète. Dans cette circonstance, le pharmacien fonctionne presque comme médecin. C'est un mariage parfait : le médecin, expert de la diagnose, et le pharmacien, expert d'un médicament, gère les médicaments.^{30,31}

Collaborative practice n'existe pas en France. En général, les relations entre médecins et pharmaciens sont plus mauvaises qu'aux États-Unis. En France, le traitement du patient dépend plus du médecin que de l'équipe entière. Habituellement, seuls les médecins participent à la visite. Les pharmaciens passent leurs journées dans la pharmacie ou les laboratoires où ils sont plus ou moins isolés du reste de l'hôpital. À l'arrivée et dans la majorité des cas, très souvent ils ne cultivent pas les relations nécessaires pour fonctionner de façon optimale avec les autres professionnels de santé. Cette relation est essentielle pour les pharmaciens d'être bien reçus par les médecins pour que leurs recommandations soient acceptées. Il existe un espoir que cette

²⁸ Brooks AD, Rihani RS, Derus CL. Pharmacist membership in a medical group's diabetes health management program. *Am J Health-Syst Pharm* 2007;64:617-621.

²⁹ Dole EJ, Murawski MM, Adolphe AB, Aragon FD, Hochstadt B. Provision of pain management by a pharmacist with prescribing authority. *Am J Health-Syst Pharm* 2007;64:85-89.

³⁰ Department of Veterans Affairs. VHA DIRECTIVE 2001-022. Implementation of VEPRO, VHA's national credentials databank. April 5, 2001. Washington, DC. En ligne: http://www1.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=87 [Accès 16 avril 2007]

³¹ Clause S, Fudin J, Mergner A et al. Prescribing privileges among pharmacists in Veterans Affairs medical

situation évolue, car elle était identique aux États-Unis il y a encore quelques années.

De nombreux pharmaciens pensent que les prestations de Medication Therapy Management (MTM) pourraient représenter une nouvelle activité importante pour les pharmaciens d'officine américains. Pour le moment, le MTM n'a généralement pas été mené face à face, et n'a pas encore montré son utilité. Certaines compagnies d'assurance et pharmacies ont répondu aux exigences du MTM en envoyant un bulletin d'information à leurs patients par courrier. Les chaînes de pharmacies ont commencé à offrir un MTM élaboré, bien qu'elles ne soient pas convaincues de sa viabilité à long terme. Les pharmacies de supermarché nouvellement construites intègrent de petits bureaux pour les consultations avec les patients, comme dans les banques au supermarché. Bien qu'on ne sache pas encore comment le MTM sera appliqué, de nombreuses pharmacies d'officine essaient de profiter de cette opportunité, et avec quelques succès.³²

En Virginie de l'Ouest, une pharmacie certifiée est remboursée pour ses prestations de MTM ciblées sur les patients diabétiques dans le cadre du « Face to Face program ». Le programme pilote a été un tel succès dès la première année qu'il a maintenant été étendu à tout l'état. Bien qu'actuellement ils soient uniquement remboursés pour les conseils sur le diabète et les maladies cardiovasculaires, tous les patients bénéficient du MTM concernant l'hypertension, le cholestérol, l'asthme, et les autres maladies chroniques. Pour leur première visite, les participants au "Face to Face program" passent habituellement une heure en entretien avec un pharmacien. Pendant cette visite, un plan individuel d'action et un profil du patient sont créés. A

centers. Am J Health-Syst Pharm. 2001; 58:1143-5.

³² Lamb E. Surveys find MTM plans are limiting face-to-face patient contact. Pharmacy Today December 2006:35.

partir de là, le patient a un entretien de suivi de 30 minutes tous les 3 mois. Bien que ce programme soit en place depuis moins de deux ans, les pharmaciens ont déjà pu montrer un bénéfice. Par rapport aux diabétiques non inclus dans le programme, les patients inscrits montrent une amélioration générale des indicateurs clés, tels que la pression artérielle, le taux de cholestérol, et l'HbAc*. ³³

Le plus grand défi pourrait être d'ajuster les mesures financières incitatives des assurances avec les objectifs de santé du patient à long terme. L'assurance santé aux Etats-Unis est très fragmentée, de sorte que la compagnie qui paye pour le conseil au patient à maintenir un bon régime et poids ne sera pas la même que celle qui économisera de l'argent grâce à un accident cardiaque évité. Bien que la prestation de MTM offre un réel espoir pour prévenir les morbidités les plus coûteuses, il semble difficile de convaincre les payeurs d'investir dans le conseil pharmaceutique alors que le bénéfice n'est pas apparent ni immédiat.

³³ Hodges K. Black Diamond Pharmacy provides diabetes care to West Virginia county. Pharmacy Today 2007 ;13(3):35-36.

*L'HbAc est utilisée en pratique comme approximation du contrôle de la glycémie sur les deux derniers mois.

La valeur des pharmaciens

Les pharmaciens peuvent réduire les coûts médicaux.^{34,35,36,37} Plus souvent qu'on ne le pense, le choix d'un médicament dans une classe thérapeutique est arbitraire. Peu informés du coût réel des traitements, les médecins choisissent fréquemment le médicament qu'ils connaissent le mieux, ou pour lequel ils ont reçu des échantillons, plutôt que de baser leur décision sur la sécurité et l'efficacité du traitement pour ce patient. Les pharmaciens peuvent être une aide précieuse pour cette tâche. En milieu hospitalier, les médecins oublient souvent de relayer un traitement intraveineux par la voie orale quand c'est possible, ou souvent ils gardent le faux pensé que le traitement IV est toujours plus efficace. Un traitement par voie intraveineuse est beaucoup plus cher que le même traitement par voie orale, ce qui peut entraîner des surcoûts très importants et inutiles.

Les pharmaciens, et plus spécialement les pharmaciens d'officine, sont bien plus compétents que tous les autres professionnels de santé sur le sujet des coûts des traitements. Ils sont dans la meilleure position pour guider le choix des médecins vers une solution économique pour le système du patient, mais sans compromettre l'efficacité. Parfois les pharmaciens peuvent réduire des coûts médicaux en augmentant les coûts des médicaments. Par exemple, ils peuvent

³⁴ Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality: a cost of illness model. Arch Intern Med 1995; 155:1949-56.

³⁵ Munroe WP, Kunz K et.al. Economic Evaluation of Pharmacist Involvement in Disease Management in a Community Pharmacy Setting. Clin Ther 1997;19(1);113-23

³⁶ Chiquette E, Amato MG, Bussey HI Comparison of an anticoagulation clinic with usual medical care: anticoagulation control, patient outcomes, and health care costs. Arch Intern Med 1998; 158:1641-1747.

³⁷ Schumock GT, Meek PD, Ploetz PA, Vermeulen LC and the Publications Committee of the American College of Clinical Pharmacy. Economic evaluations of Clinical Pharmacy Services – 1988-1995. Pharmacotherapy

recommander d'ajouter un nouvel antiasthmatique qui réduira les visites aux urgences. Ils peuvent économiser de l'argent et des vies en conseillant aux patients de se faire vacciner. Pour atteindre plus facilement cet objectif, presque tous les états, ces dernières années, ont autorisé les pharmaciens à administrer des vaccins.³⁸

Les erreurs médicales sont fréquentes, coûteuses et souvent évitables. De nombreuses études ont montré que les pharmaciens peuvent prévenir efficacement les erreurs médicales. Avec l'avènement des enregistrements médicaux électroniques, les pharmaciens ont l'occasion de mieux informer les médecins et de prévenir plus d'erreurs médicales.^{39,40,41}

Que le pay for performance ait une grande influence ou non, elle a entraîné la création d'une grande variété d'indicateurs de qualité par les organisations de la recherche de systèmes de santé comme AHRQ, DOQ-IT, HEDIS et de nombreux autres. Les standards JCAHO sont devenus de plus en plus exigeants au fil des ans, et cette tendance continuera certainement à l'avenir. Alors que les populations américaine et française vieillissent, les soins deviendront un problème encore plus important. Plusieurs études ont montré que les pharmaciens peuvent aider les patients à atteindre leurs objectifs de santé.^{28, 29, 33} Si les pharmaciens peuvent montrer qu'ils ont un impact

1996;16(6):1188-1208.

³⁸ Shefer A. Approaches to increase public utilization of influenza vaccine [presentation]. The Second 2006 National Influenza Vaccine Summit. Présenté 22 juin 2006. En ligne: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/36/summit06222006shefe2.pdf> [Accès 22 avril 2007]

³⁹ Leape LL, Cullen DJ, et al. Pharmacist Participation on Physician Rounds and Adverse Drug Events in the Intensive Care Unit. JAMA 1999; 282(3):267-270.

⁴⁰ Borgsdorf LR, Miano JS, Knapp KK. Pharmacist-managed medication review in a managed care system. Am J Hosp Pharm 1994;51:772-7.

⁴¹ Hawksworth GM, Corlett AJ, Wright DJ, Chrystyn H. Clinical pharmacy interventions by community pharmacists during the dispensing process. Br J Clin Pharmacol 1999;47:695-700.

tangible et significatif sur ces indicateurs de qualité, ils marqueront un point.^{42,43,44,45}

Lors d'une étude randomisée et contrôlée, les patients ayant reçu des conseils pharmaceutiques avaient des symptômes moins graves, moins d'hospitalisations, et ont subi moins d'erreurs médicamenteuses. Par exemple, une étude portant sur 25 patients sur 2 périodes de 6 mois a montré une chute du nombre de visites aux urgences de 92 à 6, après enrôlement dans un programme de gestion de l'asthme coordonné par un pharmacien.⁴⁶

Surtout en France, aujourd'hui les pharmaciens continuent de lutter afin d'être reconnus comme experts en médicaments. Ils doivent même lutter pour voir les ordonnances dans certains hôpitaux. Puis, ils doivent convaincre les médecins qu'il a le droit d'avoir des recommandations autour le bon usage des médicaments. Même si le pharmacien est responsable de la bonne utilisation des médicaments, trop souvent il n'a pas l'autorité de changer une ordonnance, ni l'accès au dossier médical régulièrement, donc il n'a pas les informations et les pouvoirs essentiels pour faire son travail. Surtout en France où les médecins semblent toujours infaillibles, pour la plupart les médecins ne veulent pas être soumis aux "interférences" des pharmaciens. Cette résistance qui représente un obstacle important pour la pharmacie a fortement diminué aux États-Unis depuis vingt ans, mais elle continue dans les petits hôpitaux

⁴² Kelso TM, Abou-shala N, Heilker GM, Arheart KL, Portner TS, Self TH. Comprehensive long-term management program for asthma: effect on outcomes in adult African-Americans. *Am J Med Sci* 1996;311(6):272-280.

⁴³ Cooper JW. Consultant pharmacist contribution to diabetes mellitus patient outcomes in two nursing facilities. *Cons Pharm* 1995;10(1):40-45.

⁴⁴ Sczupak CA, Conrad WF. Relationship between patient-oriented pharmaceutical services and therapeutic outcomes of ambulatory patients with diabetes mellitus. *Am J Hosp Pharm* 1977;34:1238-1242.

⁴⁵ Grabenstein JD. Pharmacists as vaccine advocates: roles in community pharmacies, nursing homes, and hospitals. *Vaccine* 1998;16(18):1705-10.

⁴⁶ Pauley TR, Magee MJ & Cury JD. Pharmacist-managed physician-directed asthma management program

américains et dans la plupart des hôpitaux français.

Les pharmaciens ont passé de nombreuses années à prouver aux médecins qu'ils sont de vrais cliniciens, qu'ils sont les experts du médicament, et que la pharmacie est une profession médicale et non commerciale. Tous les jours dans tous les magazines pharmaceutiques on voit des articles qui essayent de montrer la valeur des pharmaciens. Mais bien qu'il existe nombreux de ce type d'étude, peu de temps est consacré à essayer de convaincre les investisseurs que les pharmaciens sont une partie essentielle de l'équipe médicale. Ce sont eux qui décident qui embaucher et qui licencier, et d'augmenter ou de diminuer les services. Il n'est pas suffisant de montrer que les pharmaciens améliorent l'état du patient ; il faut aussi montrer qu'ils peuvent faire gagner de l'argent. Ce n'est pas suffisant de simplement montrer les coûts évité. Les pharmaciens doivent pouvoir présenter une facture pour leurs services cliniques. Ils doivent être générateurs de profit, pas simplement économiseurs d'argent. Ils doivent peser positivement dans la balance. Ils ne peuvent pas continuer à penser uniquement en cliniciens ; ils doivent plutôt apprendre à penser comme des hommes d'affaires. Les arguments financiers doivent être associés à des arguments cliniques.⁴⁷

Récemment une lettre était publiée qui a démontré ce point exactement. Après 12 ans travaillant à l'hôpital comme pharmacien clinique, Dr. Tse a perdu son travail avec plusieurs autres pharmaciens à la cause d'un manque des ressources financiers. L'hôpital ne considérait pas le fait que Dr. Tse a sauvé l'hôpital \$2.5 milliards de dollars au cours de deux ans sur l'application de son programme l'IV à l'orale. Même que les pharmaciens cliniques étaient

reduces emergency department visits. *Ann Pharmacother* 1995;29;5-9.

⁴⁷ Dole EJ, Murawski MM. Reimbursement for clinical services provided by pharmacists: What are we doing wrong?. *Am J Health-Syst Pharm* 2007;64:104-106.

capable d'effectuer une réduction des coûts importants, ils n'étaient pas bien vu parce qu'ils ne créent pas d'argent.⁴⁸

⁴⁸ Tse CS. Clinical pharmacy practice 30 years later [editorial]. *Ann Pharmacother* 2007;41:116-118.

Conclusion

Le défaut fondamental de la pharmacie est peut-être le manque d'une fonction unique. Il faut dire qu'il n'y a aucun aspect du soin du patient confié par la loi au pharmacien qui ne puisse pas être pris en charge par un médecin. De nombreuses fonctions pharmaceutiques peuvent être effectuées par différents professionnels de santé. En fait, il n'est pas impossible pour les pharmaciens d'être remplacés complètement par les autres professionnels de santé.

Les responsabilités historiques des pharmaciens ne reflètent pas la pharmacie d'aujourd'hui. Au début du siècle dernier, les pharmaciens faisaient des préparations magistrales pour la plupart de la journée. Chaque travail était une préparation faite uniquement pour un malade spécifique. Maintenant il est assez rare de faire ce type de préparation. Aux États-Unis d'habitude on ne fait rien que mettre les pilules d'une boîte dans une autre. En France, il n'est même pas permis d'ouvrir la boîte. Les techniciens jouent un rôle de plus en plus important dans les fonctions quotidiennes de la pharmacie. Pendant que la formation des techniciens s'améliore, leur rôle ne peut qu'augmenter. Si un technicien peut taper l'ordonnance, faire l'emballage des médicaments, et donner au patient un papier avec les informations, tout ça pour cinq fois moins d'argent par heure qu'un pharmacien, pourquoi avoir un pharmacien?

Les remboursements forcent les pharmacies américaines (et bientôt en françaises) à faire un nombre disproportionné d'ordonnances par jour. Cette augmentation de volume a deux conséquences: elle réduit le temps de donner des conseils aux patients et elle détruit les petites pharmacies qui ne peuvent pas faire le volume nécessaire. Une seule pharmacie de vente par

courrier peut remplacer de nombreuses pharmacies traditionnelles et réduire le nombre de pharmaciens nécessaires pour traiter le même volume de prescriptions. S'il n'est plus financièrement possible d'avoir des pharmacies indépendantes, il ne restera que des grandes surfaces où l'on risque de perdre entièrement la relation personnelle entre le pharmacien et le patient.

En fait, il est seulement dans leur rôle clinique que les pharmaciens peuvent établir leur position à terme long. Leurs activités physiques peuvent facilement être remplies par des techniciens ou par la technologie. Il n'est pas nécessaire d'avoir six ans de formation pour ne faire rien d'autre que de distribuer des médicaments.

Avec collaborative practice aux Etats-Unis, les pharmaciens ont le droit de changer des ordonnances, même de faire des ordonnances dans quelques états. Dans presque tous les états américains, les pharmaciens ont le droit d'administrer les vaccins.³⁸ Dans le futur avec les dossiers médicaux électroniques les pharmaciens auront l'accès à toutes les informations nécessaires pour optimiser le traitement des patients. On ne sait pas encore, mais le début des remboursements pour la délivrance des services clinique sous Medication Therapy Management peut un jour représenter la source de revenu principal des pharmacies. On voit l'introduction de nouvelles filières qui peuvent éventuellement jouer un rôle important comme la pharmacogénétique.

Forcément, presque toute la littérature concernant l'avenir de la pharmacie est produite par la profession elle-même. Cela reste donc assez subjectif et cela ne rend pas nécessairement compte des points de vue majoritaires de la profession pharmaceutique que se trouve à la croisée des chemins. L'avenir proche verra probablement la publication de nombreux autres types de

documents luttant pour les droits des pharmaciens, essayant de démontrer leur valeur. En même temps, il ne fait aucun doute que le monde de la profession pharmaceutique est beaucoup plus complexe qu'avant.

Les déremboursements, l'usage de plus en plus important de la technologie, les techniciens et la pharmacie de vente par courrier commencent déjà à avoir un impact. Depuis que cette situation est apparue comme évidente, au moins deux générations de pharmaciens ont raté l'occasion de relever ce défi et de redéfinir la profession. Un éminent pharmacien remarque que, « After the promising beginnings of clinical pharmacy in the 1970s, I have not seen any significant improvement over the past 15-20 years. »⁴⁸

La possibilité de changer existe certainement. Les nouveaux services pharmaceutiques et la possibilité d'être remboursé pour ces services constituent un espoir. La pharmacogénétique, le MTM, et les soins coopératifs sont de nouveaux territoires d'exercice stimulants qui n'ont pas encore été largement explorés. Les pharmaciens ont démontré à de nombreuses reprises qu'ils peuvent diminuer les coûts médicaux, réduire les erreurs médicales et améliorer l'état de santé des patients.

La survie de la profession dépend d'une transformation de la vision qu'ont les gens sur les pharmaciens, et aussi de la vision que les pharmaciens ont d'eux-mêmes. Les pharmaciens sont les seuls professionnels dont le salaire est lié aux produits plus qu'aux services. Ils sont aussi les seuls professionnels de santé qui ne sont pas rémunérés pour leurs conseils. D'une interface entre patients, médecins et médicaments, l'image des pharmaciens doit changer vers celle d'une source d'information sur les médicaments, un outil utile qui peut améliorer l'usage des médicaments.

Le futur de la pharmacie est entre les mains des pharmaciens eux-mêmes. Si la majorité des pharmaciens continuent à s'autolimiter au rôle de vendeur, ils verront leur place dans le système de santé diminuer voire disparaître. Il est essentiel pour les pharmaciens de convaincre le grand public qu'ils sont des praticiens offrant des services uniques et complexes.

Glossaire

Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ: agence du Department of Health and Human Services chargé à améliorer la qualité, sécurité, et efficacité des soins aux Etats-Unis

American College of Clinical Pharmacy, ACCP: société professionnel et scientifique qui a comme mission d'aider les pharmaciens cliniques à achever l'excellence en pratique et dans la recherche

American Pharmaceutical Association, APHA: le premier et plus grand organisation des pharmaciens aux Etats-Unis

American Society of Health-System Pharmacists, ASHP: organisation qui représente les pharmaciens hors l'officine et les aide à assurer l'usage rationnel des médicaments

Carte Vitale: carte qui inclus les informations concernant la sécurité sociale et des dépenses de santé

Collaborative Practice: un agrément entre médecin et pharmacien qui permet le pharmacien à ajuster la thérapie médicamenteuse selon certains protocoles

Doctor's Office Quality - Information Technology, DOQ-IT: organization qui promouvoir l'adoption d'EHR dans les cliniques

Dossier médical personnel, DMP/Electronic Health Record, EHR : le dossier médical informatisé, il contient tous les informations sur l'histoire de santé de l'individu

Dossier pharmaceutique, DP : le dossier pharmaceutique informatisé, il contient les informations concernant tout les médicaments reçu par le patient depuis trois mois

European Society of Clinical Pharmacy, ESCP: organization qui support l'adoption de la pharmacie clinique en Europe

Groupe homologues de séjour, GHS/Bundling : mécanisme de remboursement où l'hôpital est payé une somme fixe selon les conditions

Health Plan Employer Data and Information Set, HEDIS: outil utilisé pour mesure la qualité des soins et des services

Institute of Medicine, IOM: partie du National Academy of Sciences aux Etats-Unis; serve à donner des avis scientifiques sur la santé à la gouvernement

Joint Commission on the Accreditation of Health-System Organizations, JCAHO: responsable pour l'accréditation des hôpitaux et des facilities de soins à terme long, établir les standards minimum de qualité

Medication Therapy Management, MTM: les services qui optimisent les résultats thérapeutiques au niveau individuel

National Association of Chain Drug Stores, NACDS: organization qui représente les pharmacies chaines

Ordre National : la plus grande organisation des pharmaciens français

Pay for Performance : mécanisme de remboursement où l'hôpital est payé selon les résultats

Pharmacie Clinique : une pratique pharmaceutique centrée sur le patient

Pharmacocinétique : l'étude de la concentration de drogue au cours du temps

Pharmacogénétique : l'usage du phénotype du patient pour choisir le médicament et son dosage

Super-Tech : les préparateurs/préparatrices avec une formation formelle avancé qui lui permet de faire des taches plus compliquées et de superviser des autres techniciens

Tarification à l'activité, T2A/Fee-For-Service : mécanisme de remboursement où l'hôpital est payé selon l'activité